

**Departamento de Servicios Humanos de Tennessee**

*Solicitud de asistencia familiar*  
**PARA USO EXCLUSIVO DEL DHS**

Número de caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de recibo: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_



**Si solicita SNAP o cupones de alimentos únicamente, aceptaremos su solicitud sólo con nombre, domicilio y firma.** Pero, cuanto más información nos dé, más rápido veremos si puede recibir ayuda. Si se le aprueba, sus beneficios comenzarán en la fecha en que presentó la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del DHS para completar el proceso de solicitud. Tal vez pueda recibir SNAP o cupones de alimentos en 7 días si:

1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menor que \$150, y ahora tiene recursos de \$100 o menos.
2. El costo de su albergue (más servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual más ahorros.
3. Usted realiza trabajo agrícola de temporada o migratorio.

Si tiene alguna discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarle. Si usted no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o

<b>Nombre</b>	<b>Solicito:</b> ___ SNAP o cupones de alimentos ___ Families First (Familias Primero)		
<b>Domicilio del hogar</b>	Es posible que le llamemos al número de su casa o a su celular para recordarle una cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje.		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Teléfono en casa</b>   <b>Teléfono en el trabajo</b>   <b>Teléfono celular u otros</b>
<b>Dirección postal (si es diferente)</b>		Nosotros usamos los números de Seguro Social (SS) para verificar la identidad, y para comprobar que usted reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar otros registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que reúne los requisitos. Comprobamos los registros de SS, IRS y empleo. Podemos revisar registros de inmigración y naturalización. Si estos registros no coinciden con lo que usted menciona, tal vez esto afecte si puede recibir ayuda y la cantidad de dinero en efectivo o cupones de alimentos que reciba. Si da información incorrecta a propósito para obtener ayuda, Ud. puede ir a la cárcel.	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	

¿Necesita un intérprete? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, ¿para qué idioma?

\_\_\_\_\_

No es necesario que mencione su raza o grupo étnico; sin embargo, ayuda a mostrar si el estado está cumpliendo las leyes de derechos civiles.

Use lo siguiente para indicar su raza: **W** = Blanco o caucásico, **B** = Negro o afroamericano, **A** = Asiático, **H** = Originario de Hawai o las islas del Pacífico, **I** = Indígena estadounidense o de Alaska

**Estado civil:** Use uno de los siguientes para cada miembro adulto de la unidad familiar: **casado, soltero, divorciado, viudo, separado**

Enumere a todos los miembros de su unidad familiar (incluso usted) Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja.	¿Está solicitando beneficios esta persona? (Sí/No)	<u>(NO se necesita si la persona no desea recibir beneficios)</u> <u>Si desea más información, consulte la página 1 de la Declaración de entendimiento</u>		Sexo (M/F)	(Opcional) Marque el cuadro si es hispano o latino	(Opcional) Raza (ver arriba) (Anote todas las que correspondan)	Estado civil (ver arriba)	Fecha de nacimiento	Marque el cuadro si la persona está embarazada	Marque el cuadro si la persona está discapacitada
		Número de Seguro Social	Marque el cuadro si es ciudadano de los EE.UU.							

Juro, so pena de perjurio (delito de mentir bajo juramento) y todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a las personas que me entrevistaron son verdaderas y precisas. Todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de los EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes que reúnen los requisitos. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información que recibí. Si me lo solicitan, proporcionaré información que compruebe mis declaraciones, u otorgaré al DHS permiso para obtener comprobación. Entiendo que debo informar de todo cambio como me lo indica el DHS.

**Autorización:** Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Con mi firma en este documento, acepto que se obtenga esa comprobación. Esto les permitirá decidir si puedo recibir cupones de alimentos o Families First. También afirmo que leí y entendí la Declaración de entendimiento.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo (si el solicitante firma con una X):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Tutor o representante autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**ESTE CUADRO ES para Families First únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar**  
 Yo (cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo para que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluidos los números de Seguro Social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones de Families First. Los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados:**  
 \_\_\_\_\_ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: cupones de alimentos ( ) ; Families First ( )  
 \_\_\_\_\_ puede usar mis beneficios en mi nombre de: cupones de alimentos ( ) ; Families First ( )  
 \_\_\_\_\_ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: cupones de alimentos ( ) ; Families First ( )  
 \_\_\_\_\_ puede usar mis beneficios en mi nombre de: cupones de alimentos ( ) ; Families First ( )

**Sus beneficios de cupones de alimentos pueden terminar si:**  
 \*Da información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de cupones de alimentos;  
 \*Usa la tarjeta de seguridad de beneficios de otra persona sin su permiso;  
 \*Usa los beneficios de cupones de alimentos para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón.

**Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de cupones de alimentos:**  
 La primera vez, 1 año; la segunda vez, 2 años; y la tercera vez, permanentemente.

**Si canjea cupones de alimentos por drogas, se suspenderán sus beneficios de cupones de alimentos:**  
 La primera vez, 2 años; y la segunda vez, permanentemente.

**Será suspendido permanentemente del programa de cupones de alimentos si se le declara culpable de:**  
 \*Canjear cupones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos;  
 \*Vender cupones de alimentos por valor de \$500 o más.

**No dé información incorrecta acerca de su identidad o de dónde vive para obtener cupones de alimentos. Dar información incorrecta puede evitar que reciba cupones de alimentos por 10 años.**

<p><b>Mencione dos personas con quienes podamos hablar acerca de la situación de usted:</b></p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____</p>	<p><b>¿Tiene usted entre 18 y 24 años de edad Y estuvo bajo custodia del estado cuando era menor? (marque una)</b>          ( ) Sí ( ) No</p>
<p>Si está solicitando Cupones para Alimentos, la pregunta en el casillero superior no requiere respuesta. Puede ser usada para ofrecer servicios adicionales.</p>	

**Enumere los RECURSOS** de la unidad familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias de cheques, ahorros o de otro tipo, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuos, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias y otros bienes disponibles)

Tipo: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_

**En los siguientes cuadros, proporcione información acerca de los INGRESOS de su unidad familiar.**  
 Ingresos incluye, entre otros, dinero por trabajo como empleado o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguro Social o SSI, compensación al trabajador, beneficios por desempleo, pensiones, subsidios e intereses.

<p><b>Sentencias Federales y/o Estatales:</b>          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido hallado culpable de recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families; beneficios de dinero en efectivo) o beneficios de Cupones para Alimentos en dos o más estados al mismo tiempo? ( ) Sí ( ) No.          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar es un delincuente felón prófugo? ( ) Sí ( ) No          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha violado su libertad condicional o vigilada? ( ) Sí ( ) No          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido hallado culpable de un delito mayor relacionado con drogas, que fue cometido después del 22 de agosto de 1996? ( ) Sí ( ) No</p>	<p><b>Persona con ingresos</b></p>	<p><b>Fuente de ingresos (empleo, Seguro Social, manutención infantil)</b></p>	<p><b>Importe mensual antes de impuestos y gastos</b></p>

**Gastos de cuidados infantiles**

Importe pagado por semana: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de cuidados infantiles:

\_\_\_\_\_

**Costos de albergue**

Alquiler o hipoteca (encierre uno en un círculo)

Importe mensual: \$ \_\_\_\_\_

Gas y electricidad \$ \_\_\_\_\_ por mes

Teléfono \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Gastos médicos**

Enumere los gastos médicos continuos como recetas o primas de seguros. Estos pueden ayudarle a obtener más cupones de alimentos si usted es una persona mayor o discapacitada.

Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Manutención Infantil pagada**

Si paga manutención infantil a hijos que no viven con usted, indíquelo aquí.

Hijo/a: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

Hijo/a: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture), y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, Health and Human Services), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. De conformidad con la Ley de Cupones de Alimentos (*Food Stamp Act*) y las políticas del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 509F HHH Bldg., 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

También puede escribir al Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, o llamar al (615) 313-4700.

**Registro de electores**

¿Está usted registrado para votar en donde vive actualmente? ( ) Sí ( ) No

¿Desea registrarse para votar? ( ) Sí ( ) No

¿Desea que el DHS le envíe por correo un formulario para registro de elector? ( ) Sí ( ) No

**Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o no registrarse para votar.**



¿Necesita informar de un cambio? ¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda? Llámenos. La llamada es gratuita.  
**Centro de Servicios de Asistencia Familiar**  
**(Family Assistance Service Center)**  
**1-866-311-4287**  
Nuestro horario de atención es de lunes a viernes,  
de 7 a.m. a 5:30 p.m.

## **Declaración de entendimiento: normas del programa**

### **Información importante: conserve este documento**

Si usted tiene una discapacidad y necesita asistencia especial, infórmenos de ello.

**SERVICIOS GRATUITOS DE INTERPRETACIÓN:** Si no entiende el inglés y necesita ayuda, avísenos. Obtendremos los servicios de un intérprete que le ayude a comunicarse con nosotros. El servicio es gratuito. La ayuda de un intérprete no demorará el procesamiento de su caso. Todavía podemos recibir hoy su solicitud.

**Usted puede solicitar beneficios de Families First o cupones de alimentos (Food Stamps)** en una oficina del DHS. Para ello debe llenar una solicitud, y puede obtener la solicitud del DHS en línea por internet o la puede completar en la oficina del DHS. Debe presentar comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, hable con su asistente social del DHS.

- **Los miembros de la unidad familiar que soliciten beneficios de Families First o cupones de alimentos** deben proporcionar su número de Seguro Social y comprobante de su situación de ciudadanía o de inmigración. La Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) nos permite usar los números de Seguro Social para comprobar que usted reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que usted reúne los requisitos. Para revisar esos registros, usamos el Sistema de verificación de la elegibilidad para ingresos. Si esos registros no coinciden con lo que usted menciona, tal vez esto afecte si puede recibir ayuda y la cantidad de dinero en efectivo o cupones de alimentos que reciba. Si usted no tiene un número de Seguro Social, nosotros le podemos ayudar a solicitarlo.
- Si usted tiene un número de Seguro Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante que reúne los requisitos, debe solicitar beneficios si es un miembro obligatorio de la familia.
  - Ejemplo: los cónyuges, hijos y sus padres deben presentar solicitud como una misma unidad familiar, a menos que usted opte por no solicitar beneficios para alguien que decidió no proporcionar su Número de Seguro Social ni informar de su situación de inmigración.
- El DHS **no necesita** los números de Seguro Social ni comprobante de la situación de ciudadanía o inmigración de los miembros de la unidad familiar que no soliciten beneficios. Si se proporciona el Número de Seguro Social de alguien que no solicita beneficios, el número no se enviará a los Servicios de Inmigración y Naturalización (INS, Immigration and Naturalization Services) para verificar su situación.
- Usted puede solicitar beneficios para ciudadanos e inmigrantes que reúnan los requisitos aun cuando usted mismo no solicite beneficios.

Se tomarán en cuenta los recursos e ingresos incluso de las personas que no soliciten beneficios.

**Si usted solicita asistencia al DHS, es probable que proporcionemos su número de Seguro Social a:**

- La policía en busca de infractores de la ley, cuando la ley nos permite o exige que lo hagamos, o emite una orden del tribunal para ello.
- Otros organismos federales o estatales, si la ley nos permite o exige que lo hagamos.

### **¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión sobre su solicitud?**

- Pagos de dinero en efectivo de Families First: tenemos 45 días para decidir si usted puede recibirlos.
- Cupones de alimentos: puede tardar hasta 30 días para decidir y otorgarle beneficios de cupones de alimentos, si usted reúne los requisitos.
- Para tomar una decisión oportuna, el DHS debe contar con su ayuda para obtener todos los comprobantes que necesitamos.

Su asistente social le indicará cuáles cambios debe declarar. Si usted recibe Families First, debe declarar al DHS todos los cambios en su situación de vida en un plazo de 10 días.

Si usted recibe cupones de alimentos, debe informar cuando su ingreso mensual exceda el límite de ingresos brutos de cupones de alimentos para el tamaño de su unidad familiar. Su asistente social le indicará cuál es ese límite y usted debe informar de este cambio antes del décimo día del mes siguiente después de que su ingreso cambie.

### **Información sobre cupones de alimentos:**

**Los beneficios de cupones de alimentos no afectan sus beneficios de Families First.** Si usted deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Families First, puede aún recibir cupones de alimentos. Pero si empieza a recibir Families First, es posible que disminuyan sus beneficios de cupones de alimentos. **Se le avisará a usted de este cambio; sin embargo, tal vez reciba este aviso menos de diez días antes de que disminuyan sus cupones de alimentos.**

### **Puede dejar de recibir beneficios de cupones de alimentos si:**

- da información incorrecta u oculta datos para obtenerlos;
- usa la tarjeta de seguridad de beneficios de otra persona sin su permiso;
- usa los cupones de alimentos para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón.

### **Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de cupones de alimentos:**

- por 1 año la primera vez;
- por 2 años la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

### **Si canjea cupones de alimentos por drogas, se suspenderán sus beneficios de cupones de alimentos:**

- por 2 años la primera vez;
- permanentemente la segunda vez.

### **Será suspendido permanentemente del programa de cupones de alimentos si un tribunal le declara culpable de:**

- canjear cupones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos.
- vender cupones de alimentos por un valor de \$500 o más.

**Dejará de recibir cupones de alimentos por diez (10) años si, para obtenerlos, miente acerca de su identidad o su lugar de residencia.**

**Si no cumple con su plan de Families First, podemos suspender sus pagos de dinero en efectivo de Families First o reducir sus beneficios de cupones de alimentos.**

**Si usted no informa de sus ingresos por trabajo o si es declarado culpable de haber infringido deliberadamente las normas del programa de cupones de alimentos, es probable que tenga que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de cupones de alimentos.**

**Las personas que infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusadas según las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000.**

**Algunos miembros de la unidad familiar deben registrarse para trabajar si desean recibir cupones de alimentos.** Su asistente social le informará quién de su unidad familiar debe registrarse para cumplir los requisitos. Si esto sucede, usted tendrá que presentarse para una entrevista en el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral (DOLWD, Department of Labor and Workforce Development). Durante la entrevista, le preguntarán sobre sus trabajos anteriores y le ayudarán a prepararse para obtener empleo.

**Usted puede obtener más beneficios de cupones de alimentos si comprueba los siguientes gastos:**

- Médicos
- Cuidado infantil o de dependientes
- Manutención infantil
- Vivienda o servicios públicos

**Su asistente social del DHS puede ayudarle a obtener los comprobantes necesarios.** No obstante, usted debe informar del gasto y proporcionarnos un comprobante de este. Si no lo hace, supondremos que usted no desea la deducción y ya no recibirá más beneficios de cupones de alimentos.

### **Información sobre Families First:**

Si usted recibe pagos de dinero en efectivo de Families First para los que no reúne los requisitos, debe devolver el dinero al Estado. Usted puede:

- Pagar el importe de los pagos en efectivo que recibe de Families First.
- Pagar el importe en efectivo, si no recibe beneficios de Families First.

Si da información incorrecta u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, puede ser acusado de perjurio (mentir bajo juramento), robo u otro delito, y sentenciado a un período de cárcel. Una infracción deliberada de las normas de Families First se llama infracción intencional al programa (Intentional Program Violation). Si usted es declarado culpable de esa infracción, sus beneficios de Families First podrían ser suspendidos:

- por 6 meses la primera vez;
- por 1 año la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

Es ilegal obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. La persona que lo haga puede dejar de recibir pagos en efectivo por 10 años.

**Sus hijos pueden recibir beneficios de Families First O de cupones de alimentos, pero usted no si:**

- es un delincuente fugitivo;
- infringió su régimen de libertad condicional o vigilada;
- fue declarado culpable después del 22 de agosto de 1996 de un delito grave relacionado con drogas, a menos que su caso incluya una excepción específica.

Su asistente social le dará más información sobre la excepción.

**Para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, usted debe firmar y cumplir un Plan de responsabilidad personal.** Este plan puede exigirle que realice una actividad laboral.

### **Información importante sobre Families First y manutención infantil:**

**Usted puede recibir pagos de dinero en efectivo de Families First y de manutención infantil al mismo tiempo.** Si recibe Families First, debe ayudarnos a comprobar la paternidad del menor. También debe ayudarnos a cobrar la manutención infantil de los menores que reciben Families First. No intentaremos cobrar la manutención si usted puede comprobar que existe una buena razón para no hacerlo. Todo pago de manutención infantil debe ir primero al DHS. Si el padre o la madre le entregan el dinero a usted directamente, usted debe enviarlo al DHS. **Tal vez pueda devolverse a usted todo o parte del pago de la manutención infantil.** Estos pagos se denominan pagos transferidos (pass-through payments) de manutención infantil.

El importe de este pago transferido de manutención infantil depende tanto de su “necesidad no cubierta” como del importe pagado de manutención infantil. Nosotros calculamos su necesidad no cubierta basándonos en:

- El número de personas cubiertas por el pago de dinero en efectivo de Families First.
- La cantidad de dinero que usted recibe de otros ingresos.
- Usted puede preguntar a su asistente social del DHS cuál es el importe de su necesidad no cubierta.

### **¿Desea presentar la solicitud para votar en las próximas elecciones?**

Las leyes estatales y federales nos exigen preguntarle a usted si desea registrarse para votar. Debemos hacerle esta pregunta cada vez que usted solicite beneficios o vuelva a solicitarlos, cuando sea recertificado, o cuando nos llame para informarnos de su cambio de domicilio. Le ayudaremos a llenar todos los formularios.

### **Información sobre el registro de electores:**

- Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o no registrarse para votar.
- Nosotros podemos ayudarle a presentar la solicitud. Usted decide si desea recibir ayuda o no. Puede llenar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, a la siguiente dirección: Coordinator of Elections, Secretary of State’s Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Tennessee Relay Center; o llamar al 1-800-848-0299, si usted cree que:
  - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho de registrarse o rehusarse a registrarse para votar;
  - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a la privacidad al decidir si se registrará o al presentar la solicitud de registro para votar.
- Si usted decide registrarse o se rehúsa a ello, nosotros no daremos a conocer su decisión ni el lugar en donde presentó la solicitud a nadie que no pertenezca a la Comisión Electoral (Election Commission). Usaremos la información sólo para fines de registro.
- Usted no puede votar hasta que reciba su tarjeta de registro de elector. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, comuníquese con la Comisión Electoral.
- La Comisión Electoral del condado investigará si usted puede registrarse para votar. Esto **no** lo decide el DHS ni la Oficina de TennCare.

- Si usted envía por correo su solicitud a la Comisión Electoral de su condado, debe presentarse en persona a votar la primera vez que lo haga.
- Nosotros le enviaremos por correo el formulario titulado Mail-In Application for Voter Registration (Solicitud por correo de registro de elector), en un plazo de 30 días, si usted nos informa por teléfono o Internet acerca de:
  - un cambio de domicilio;
  - una solicitud;
  - una nueva solicitud;
  - una recertificación;
  - una revisión.

Si quedan menos de 30 días para la fecha límite de registro, nosotros le enviaremos por correo el formulario en 5 días o el siguiente día laboral, si podemos.

### **HIPAA:**

La ley federal **HIPAA** dispone que debemos mantener la confidencialidad de su información médica. También establece que es necesario darle a usted este aviso. Estas son las normas que debemos seguir para mantener la confidencialidad de la información sobre su salud. Las normas pueden cambiar y, si hay algún cambio importante, le avisaremos.

**Con el consentimiento previo y por escrito de usted, el DHS puede divulgar información confidencial sobre su salud a otras personas o entidades, como:** los proveedores de atención médica que le brindan servicios a usted; un abogado; y/o miembros de su familia.

**Si usted no proporciona un consentimiento previo y por escrito, el DHS puede divulgar información confidencial sobre su salud a:**

- Un representante autorizado, quien tendrá también el derecho de dar un consentimiento por escrito para divulgar información confidencial sobre la salud de usted a otras personas o entidades.
- Un miembro de su familia u otras personas que participan en su atención médica. Usted puede pedirnos que no les proporcionemos información. Si podemos, haremos lo que nos solicite. Si usted es menor de edad, o se encuentra en una situación de emergencia, tal vez no podamos hacer lo que nos pide.

**Sin ningún consentimiento previo, el DHS puede también divulgar información confidencial sobre su salud a:**

- Un organismo supervisor de la salud o del orden, según lo exija la ley a fin de investigar denuncias de presuntos fraudes relacionados con beneficios recibidos del programa;
- Otras personas o entidades, incluidos organismos del orden o de gobierno, cuando así lo permita la ley o lo exija una orden del tribunal;
- Otra persona o entidad para fines de investigación, según lo permita la ley.

### **DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Usted tiene el derecho de:**

- Ver sus expedientes médicos, salvo en los casos no permitidos por la ley.
- Obtener copias de sus expedientes médicos, salvo en los casos no permitidos por la ley.
- Hablar con nosotros sobre cómo usamos y divulgamos su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud que usted considere incorrecta. Debe solicitar esto por escrito y explicar la razón. Tal vez no podamos modificarla y, si no lo hacemos, le explicaremos por qué.
- Pedirnos que no divulguemos algunos datos de su información médica. Debe solicitar esto por escrito, e indicarnos los datos que no desea que divulguemos. También debe decirnos a quién no desea que

proporcionemos esa información; sin embargo, puede haber algunas ocasiones en que no podamos aceptar su solicitud, y le explicaremos por qué.

- Revocar su consentimiento de divulgación de su información médica. Si usted firma un formulario de consentimiento, puede revocarlo en cualquier momento. No obstante, debe hacerlo por escrito, y esto no cambiará ningún dato que ya hayamos divulgado.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de otra forma o a un domicilio distinto. Debe solicitar esto por escrito.
- Pedir un nuevo aviso de las prácticas de privacidad del DHS.

## **PREGUNTAS o QUEJAS**

**¿Tiene preguntas acerca de este aviso? Llame al 1-888-863-6178. En el condado de Davidson, llame al 313-5790. Para la línea TTY, llame al: 1-800-270-1349.**

**¿Tiene alguna queja acerca de cómo se manejó la información confidencial sobre sus salud? Si tiene preguntas o quejas, puede llamar o escribir a una de las oficinas a continuación. Usted no perderá su elegibilidad por presentar una queja o hacer preguntas.**

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture), y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, Health and Human Services), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. De conformidad con la Ley de Cupones de Alimentos (Food Stamp Act) y las políticas del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 509-F HHH, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

También puede escribir al Tennessee, DHS, Office of General Counsel, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, o llamar al (615) 313-4700.

### **Su derecho a una audiencia justa:**

¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con la decisión que nosotros tomemos sobre su solicitud o su caso? Puede apelar para que se celebre una audiencia justa. Puede representarse usted mismo en esta audiencia. También puede venir acompañado por un amigo, pariente o abogado que le represente. Después de enterarse de nuestra decisión, tiene 90 días para presentar una apelación para beneficios de Families First y cupones de alimentos. **Si desea que sus beneficios continúen mientras se decide la apelación, debe solicitárnoslo en un plazo de 10 días para Families First y cupones de alimentos. Si usted pierde la apelación, es posible que tenga que reembolsar los beneficios que recibió durante el período en espera de la decisión de su apelación.** Si desea presentar una apelación, hable con su asistente social del DHS. También puede llamar sin cargo al Centro de Servicios de Asistencia Familiar (Family Assistance Service Center), al 1-866-311-4287.

### **Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar:**

Yo (cliente), autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo para que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluidos los números de Seguro Social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones del programa Families First, y los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.

**Permiso para contactarme:**

Autorizo al DHS para que se comunice conmigo por correo regular y por teléfono al domicilio y los números indicados en mi solicitud, y para que me deje mensajes cuando no me encuentre, según sea necesario para proporcionar información sobre mi solicitud de beneficios o servicios, o los beneficios o servicios que ya estoy recibiendo.